

Année 1927

THÈSE

N°

434

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

présentée par

Alexandre BOITEAU

Né à Bouloire (Sarthe) le 3 octobre 1899

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital du Mans

ESSAI SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU CANCER DE LA VERGE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0107

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Année 1927

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

présentée par

Alexandre BOITEAU

Né à Bouloire (Sarthe) le 3 octobre 1899

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital du Mans

ESSAI SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU CANCER DE LA VERGE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.	I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.	JOYEUX . . .	Parasitologie.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	LABBE (Henri) . . .	Chimie biologique.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
BINET.	Physiologie.	LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
BRULE	Pathologie médicale.	LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY . . .	Histologie.	MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER . . .	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
DEBRE	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DUVOIR	Médecine légale.	MULON	Histologie.
ECALLE	Obstétrique.	PHILIBERT. . . .	Bactériologie.
FIESSINGER . .	Pathologie médicale.	RICHET Fils . . .	Physiologie.
GARNIER . . .	Pathologie expériment ¹ .		
HARVIER . . .	Pathologie médicale.	VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
	Physiologie.	RETTERER. . .	Histologie.
GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GUENIOT . . .	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LOEPER	Clinique médicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
Laiguel-Lavastine	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY BERT	
LEDoux-LEBARD.	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE NANTES

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR EUGÈNE PLAISANT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital du Mans.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LENORMANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LECENE

Professeur de Pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital St-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est pour nous un devoir, avant de commencer ce travail, de remercier du fond du cœur tous les maîtres qui nous ont, au cours de ces années si rapidement écoulées, dispensé le meilleur de leur enseignement et guidé de leurs plus bienveillants conseils.

Notre reconnaissance se reporte d'alors à nos maîtres de l'Ecole de Médecine d'Angers où nous avons débuté; au docteur Brac, chef de clinique du regretté docteur Thibault, chez qui nous avons appris les premiers éléments de la science médicale; nous gardons fidèlement la mémoire du docteur Monprofit qui avec sa vaste érudition sut si bien par ses traits saillants graver dans notre mémoire des leçons dont nous saurons profiter. Le docteur Turlais fut pour nous, en même temps qu'un excellent maître, un conseiller plein de sollicitude à notre égard.

A tous nos autres maîtres de l'Ecole d'Angers nous adressons notre profonde gratitude.

Nous aurions garde d'oublier les chirurgiens et médecins de l'Hôpital du Mans. Nos remerciements s'adressent particulièrement à Monsieur le Docteur Plaisant dans le service duquel nous venons de terminer bientôt deux années d'internat. C'est sous sa direction bienveillante que nous avons, par son enseignement de pratique courante, parachevé nos études

médicales. En le quittant, nous tenons à lui dire toute notre reconnaissance et notre profond attachement.

Que Monsieur le Professeur agrégé Lenormant, qui fut pour nous l'inspirateur de cette thèse, veuille bien agréer, avec nos remerciements, nos très respectueux hommages.

Monsieur le Professeur Lecène nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui adressons ici nos hommages les plus respectueux et reconnaissants.

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse nous a été indiqué par Monsieur le Professeur agrégé Lenormant, qui a bien voulu nous communiquer un certain nombre d'observations de malades ayant été traités dans son service pour cancer de la verge. Notre intention n'a point été de présenter une étude complète de l'état actuel de la question. Notre but beaucoup plus modeste a été, en apportant plusieurs observations inédites, de montrer la gravité de ces localisations néoplasiques d'ailleurs relativement rares puisque les cancers de la verge ne représentent d'après les statistiques que 3 p. c. de la totalité des cancers primitifs. Nous nous bornerons à une brève étude du traitement et en particulier du traitement chirurgical. Toutefois nous ajouterons, à la suite des indications du traitement opératoire, un court chapitre sur les indications et la technique de la curiethérapie. Monsieur le Docteur Oppert, de l'hôpital Lariboisière, a bien voulu nous fournir sur ce sujet un certain nombre de précisions que nous nous empressons de communiquer. Nous tenons ici à l'en remercier bien sincèrement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical du cancer de la verge semble connu depuis assez longtemps. Dès le XVI^e siècle Fabricc d'Aquapendente et Ambroise Paré auraient pratiqué déjà des amputations de la verge. Au début du XVI^e siècle, Scultet rapporte une amputation pratiquée par un chirurgien de Florence; lui-même, en 1635, fait une opération de ce genre.

En Allemagne ce fut Doebel qui importe l'amputation du pénis au couteau vers la fin du XVII^e siècle. Jusqu'alors les amputations avaient été pratiquées au bistouri. La crainte des hémorragies fit découvrir à Ruysch le procédé de la ligature; il donna en 1691 une relation de cette opération que lui-même avait pratiquée. Cette méthode, adoptée par les grands chirurgiens resta classique et ne commença à perdre du terrain que vers la fin du XVIII^e siècle. Les dernières relations de ligature furent faites par Groefe et Binet (*Revue médicale* de 1828).

L'amputation de la verge fut néanmoins réhabilitée en partie par Ledran en 1730. Ce procédé ne fut repris que timidement, car l'hémorragie, dont les dangers étaient volontiers exagérés par les partisans de la ligature, était le principal obstacle à la diffusion de la méthode sanglante. Warner ne pratique l'amputa-

tion qu'après avoir placé un tourniquet à la racine de la verge et Pallucci, propose la compression des artères sur les branches du pubis.

A la fin du XVIII^e siècle les travaux de Hey en Angleterre et de Boyer en France consacrent définitivement l'emploi du bistouri dans le traitement du cancer de la verge.

Depuis le début du XIX^e siècle cette méthode est à peu près la seule en usage.

Cependant, d'autres procédés étaient proposés : cautérisation à la pâte caustique de Vienne et au chlorure de zinc, soit au thermocautère, résultats publiés par Paul Herrier dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1849.

Middeldorf, le premier, recommande en 1854 l'amputation avec le couteau du galvanocautère, procédé employé en France seulement en 1869 par Sédillot puis par Amussat, Kaufmann, Velpeau, Chassaignac, Trélat, Morel, Lavallée et Ollier. Les avantages sont, d'après les auteurs qui ont suivi cette méthode : absence d'hémorragie au moment de l'opération ou dans les jours qui suivent, de rétention d'urine ou de pyohémie.

Toutefois l'amputation à l'aide d'instrument tranchant dominait; jusqu'en 1830 on s'était borné à la simple amputation. Delpech, en 1832, faisait l'amputation totale au ras du pubis. Il incisait le scrotum sur la ligne médiane, reconstituait une poche latérale pour chaque testicule et abouchait l'urètre à la peau à la partie la plus déclive de la fente médio-scrotale.

Il voulait ainsi rendre la miction plus facile et empêcher l'érythème produit par l'écoulement de l'urine.

L'extirpation totale de la verge avec ablation complète des corps caverneux est pratiquée par Cabadé en 1873. Cette opération est perfectionnée par Pearce, Gould (*The Lancet*, 1882).

Vers 1886, Harrisson, Horteloup et Montaz (de Grenoble) ont l'idée de créer, dans la région bulbaire de l'urètre, en arrière de la cicatrice opératoire, une ouverture, évitant ainsi à la plaie d'être souillée par l'urine.

A côté de ces méthodes s'en place une plus radicale : l'émasculatation totale. Elle aurait été employée pour la première fois par Annandale, d'Edimbourg, le 15 octobre 1873. Morisani en pratique une en 1884 ; il en fera une autre plus tard en 1892. Le professeur Rubio, de Madrid, opère six cas d'émasculatation de 1884 à 1894.

En 1886, Jackson Vincent, de Londres, et Mercanton, de Lausanne, publient deux bons résultats d'émasculatation.

En 1887, Péau fait une opération se rapprochant de l'émasculatation totale : il pratique, d'ailleurs au thermocautère une amputation totale avec castration unilatérale. Ce fut le professeur Chalot, de Toulouse, qui fit la première émasculatation totale en France en 1892. Suivi dans cette voie par Albarran, Tédénat, Legueu, Forgeu, il en décrivit la technique dans son *Traité de chirurgie et de médecine opératoire* en 1898.

Pantaloni publie dans les *Archives provinciales de chirurgie* de 1898 trois cas opérés par lui et Jonnesco, de Bucarest, trois cas également en 1901.

Serra, dans sa thèse de 1903 (Nancy), réunit une vingtaine d'observations. Depuis, l'émasculation totale pratiquée un assez grand nombre de fois ne l'est plus aussi systématiquement à l'heure actuelle. Küttner a montré par ses recherches qu'il n'y a pas d'avantage à enlever les bourses et les testicules sains, la récurrence, après amputation du pénis cancéreux ne survenant qu'au niveau des ganglions inguinaux et non dans les bourses ou sur les cordons spermatiques. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle aboutit Legueu, ainsi qu'il le rapporte au Congrès international de Chirurgie en 1908.

Actuellement, à côté du traitement chirurgical qui s'applique à la majorité des cas rencontrés en clinique, nous devons signaler la curiethérapie qui a ses indications particulières et sur laquelle nous reviendrons dans un autre chapitre.

CHAPITRE II

BREF RAPPEL ETIOLOGIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Le cancer primitif de la verge, une des localisations les plus rares chez l'homme, se rencontre surtout après 50 ans. Il apparaît dans l'immense majorité des cas consécutivement à des lésions d'irritation inflammatoire chronique. On le rencontre le plus souvent chez des individus atteints de phimosis. Cette infirmité provoque, par suite de la rétention du smegma préputial mélangé à quelques gouttes d'urine qui s'y écoulent fréquemment, des poussées inflammatoires répétées du gland et du prépuce. Le médecin anglais Barney a trouvé chez 400 cancéreux une proportion de 85 p. c. de phimosis. Par contre, il n'a personnellement jamais observé d'épithélioma chez les Juifs.

On a également vu des épithéliomas se localiser au niveau d'anciennes cicatrices de chancres indurés (obs. n° 10 : Lenormant).

Le cancer de la verge naît le plus souvent sur le gland, le prépuce ou dans le sillon balano-préputial. Exceptionnellement il siège au méat uréthral. Le cancer du fourreau est plus rare.

Macroscopiquement il se présente soit sous la forme végétante d'une petite tumeur, une sorte d'excroissance ayant un aspect de chou-fleur plus ou moins

volumineux ou d'une plaque indurée perçue sous un phimosis; soit sous la forme ulcéreuse à bords indurés qui ronge et détruit en profondeur. Si la tumeur est d'origine cutanée le développement se fait surtout en surface, tel le cancer du fourreau qui laisse longtemps indemne les corps caverneux. Au niveau du gland le tissu érectile se laisse infiltrer rapidement par les traînées de cellules cancéreuses. Les ganglions dont est tributaire le territoire lymphatique de la verge sont atteints de bonne heure, souvent avant même d'être cliniquement soupçonnés ainsi qu'en témoignent les examens histologiques. Mais à côté de cet envahissement néoplasique il existe aussi de simples réactions inflammatoires banales en rapport avec les ulcérations, sièges d'infection secondaire. Du point de vue opératoire, comme nous le rappellerons au chapitre du traitement chirurgical, il faut pratiquement considérer ces ganglions comme le siège de dégénérescence néoplasique possible et procéder à leur exérèse.

Avant d'entraîner la mort par cachexie, métastases, ou infection urinaire, le cancer de la verge peut se développer considérablement, envahir le pénis en totalité, atteindre le scrotum et la partie inférieure de l'abdomen.

Histologiquement ce néoplasme se présente comme un épithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques le plus souvent. Le sarcome est relativement beaucoup plus rare et son évolution plus maligne. La propagation aux ganglions est plus rapide, et les métastases pulmonaires assez fréquentes.

RAPPEL ANATOMIQUE DES LYMPHATIQUES DE LA VERGE.

Une brève étude anatomique des lymphatiques de la région en nous montrant leur point de départ, leurs anastomoses et leur aboutissement, prouvera l'intérêt que nous envisagerons, à propos du traitement chirurgical, qu'il y a à procéder à l'ablation ganglionnaire.

1. *Lymphatiques superficiels des enveloppes de la verge.* — Nés à la partie antérieure du prépuce ces lymphatiques s'unissent en un tronc qui vient se placer le long de la veine dorsale de la verge. Ce tronc dorsal qui peut être impair et médian, ou double, présente des flexuosités commandées par les modifications du volume de l'organe. Il reçoit des lymphatiques venant du raphé, qui l'abordent en contournant les faces latérales de la verge ; quelques lymphatiques s'accolent au tronc principal mais restent distincts. Arrivés au ligament suspenseur, ces vaisseaux se dirigent, les uns à droite, les autres à gauche pour aboutir aux ganglions inguinaux superficiels du groupe supéro-interne.

2. *Lymphatiques de la verge.* — Les lymphatiques naissent du gland sous forme d'un réseau intramuqueux très fin, et d'un réseau sous-muqueux à mailles plus larges. Ils se dirigent en arrière vers le sillon rétro-balanique où ils forment sur les côtes du frein le réseau de Panizza. Ces réseaux convergent vers la face supérieure de la verge et forment un tronc dorsal profond, simple ou double, constituant

de la sorte deux canaux entrecroisés en X qui suivent la veine dorsale profonde de la verge. Devant le ligament suspenseur de la verge, ces lymphatiques se dirigent les uns à droite, les autres à gauche, parfois seulement à gauche pour se jeter dans les ganglions inguinaux du groupe supéro-interne. Certains troncs lymphatiques franchissent l'anneau crural pour aboutir aux ganglions les plus internes du groupe iliaque externe, c'est-à-dire aux ganglions rétro-cruraux. Anormalement, certains troncs lymphatiques aboutissent aux ganglions des groupes supéro-externe et inféro-interne ou aux ganglions profonds. «En sorte, dit le professeur Poirier, que dans le cas de néoplasme des téguments de la verge il faut considérer comme suspects tous les ganglions superficiels. De plus, en raison de l'entrecroisement et de la bifurcation des collecteurs, il y a grande chance pour qu'une lésion unilatérale retentisse sur les ganglions du côté opposé.» La conclusion qui s'impose, c'est que dans le traitement chirurgical du cancer de la verge, le curage soigneux des deux régions inguino-crurales est un temps opératoire indispensable.

CHAPITRE III

TRAITEMENT. INDICATIONS OPERATOIRES

Le traitement du cancer de la verge est dans la grande majorité des cas essentiellement chirurgical. La possibilité d'exérèse dans ces localisations néoplasiques a été envisagée depuis assez longtemps ainsi que nous l'avons vu précédemment. L'opération consistera en une amputation assez large de la verge en tissu sain et, quel que soit le moment de l'intervention, l'ablation des ganglions dont est tributaire le territoire lymphatique de la verge. Cette intervention sera pratiquée aussi précocement que possible dès le diagnostic établi. Elle sera plus ou moins importante suivant l'étendue de l'envahissement cancéreux. Toutefois l'opérateur, tout en cherchant à être aussi radical que possible, sera en mainte circonstance obligé de se limiter en présence de malades épuisés, cachectiques dont l'état général est par trop déficient. C'est ainsi que l'exérèse ganglionnaire systématique, qui a pour but d'écarter le plus possible les chances de récidives, pourra n'être pratiquée que dans un deuxième temps opératoire à une date ultérieure. Dans quelques cas, enfin, il faudra se borner à une opération palliative, c'est-à-dire au premier temps opératoire seulement, la simple amputation de la verge à distance du néoplasme.

CHAPITRE IV

TECHNIQUES OPERATOIRES

Nous passerons sous silence les divers précédés fort peu chirurgicaux utilisés jadis et qui n'ont qu'un intérêt historique tels la ligature, l'écrasement, la thermocautérisation, méthodes complètement abandonnées. Nous nous bornerons à décrire rapidement les techniques suivies à l'époque actuelle.

Dans certains cas on peut se contenter d'une ablation simple de la tumeur, d'une intervention limitée, telle que la circoncision (Anvray), la décortication du gland. (Morestin, *Société anatomique*, 1905, p. 904).

La plupart du temps l'opération consistera dans une amputation plus ou moins étendue, parfois totale de la verge. L'hémostase provisoire sera pratiquée surtout par compression digitale.

Technique de l'amputation simple de la verge. — La peau est tendue circulairement autour de la verge; à l'aide du bistouri on fait une incision en raquette à queue inférieure correspondant à l'urètre. La peau est incisée, puis les corps caverneux coupés transversalement en respectant le corps spongieux de l'urètre. L'urètre plus retractile est sectionné à un demi-centimètre en avant des corps caverneux. L'hémostase se fera par la ligature sur les artères caverneuse et dorsale de la verge; un surjet sur l'enveloppe des corps

caverneux arrêtera l'hémorragie de la tranche du tissu érectile. Si l'artère du corps spongieux donne, on la lie.

La réfection du méat urinaire doit être pratiquée de telle sorte que le rétrécissement consécutif soit évité ; à cette fin l'urètre est fendu au niveau de sa paroi inférieure sur une longueur de un centimètre, un petit surjet cutanéomuqueux réunissant chaque lambeau de muqueuse urétrale aux lèvres correspondantes de la raquette cutanée. La partie dorsale du méat urinaire est achevée par la juxtaposition de la muqueuse urétrale avec la peau de la face dorsale de la verge ramenée sur l'extrémité saturée des corps caverneux. Jadis on plaçait une sonde à demeure pendant la durée de la cicatrisation. Les auteurs actuels, qui ne la trouvent pas indispensable, suppriment cette cause d'irritation du canal urétral. Les résultats obtenus sont plus satisfaisants.

Quand l'amputation prépubienne est nécessaire certains auteurs, pour éviter l'inconvénient d'une irritation possible de la peau du scrotum par l'écoulement de l'urine, proposent, soit comme Thiersch, d'aboucher l'urètre au périnée en arrière du scrotum, soit comme Montaz, d'inciser le raphé du scrotum et de suturer les deux moitiés séparément, constituant ainsi un scrotum bifide que le malade écarte au moment de la miction. En réalité il y a peu d'avantage à employer ces derniers procédés. L'irritation cutanée, d'ailleurs en partie évitable, (Obs. 6 du Dr Lenormant), gêne moins que l'obligation d'uriner accroupi.

L'extirpation du pénis, y compris la racine des corps caverneux ou opération de Pearce Gould (*The Lancet*, London, 1886) s'applique nécessairement aux cas de tumeur étendue avec noyaux dans les corps caverneux. Elle se pratique en prolongeant l'incision sur le raphé médian scrotal et sur le périnée ; l'opérateur doit enlever les corps caverneux en rasant les branches ischio-pubiennes et tout le bulbe en disséquant celui-ci soigneusement et en coupant le canal en amont de lui ; l'aobuchement de l'urètre au périnée est quelquefois difficile.

L'émasculation totale, pratiquée par Annandale, en 1873, Paci, en 1877 puis en France par Péan, Chalot, Albarran, Tédénat, Bazy et Leguen s'applique seulement aux cas avancés avec extension des lésions au scrotum, au cordon spermatique ou aux testicules mais ne doit pas être substituée systématiquement aux opérations plus conservatrices auxquelles se rallie la majorité des chirurgiens actuels, les récidives ne survenant pas dans les testicules, ni le cordon.

Technique de l'émasculation totale. — Incision : L'incision comprend deux parties : une partie transversale allant d'une région inguinale à l'autre en passant au-dessus de la racine de la verge. Cette incision, dirigée obliquement en bas et en dedans à ses deux extrémités, sera exactement transversale à sa partie médiane ; la seconde partie partant de l'incision transversale de chaque côté de la verge, encadrera la racine des bourses de chaque côté ; puis, chacune de ces incisions latérales aboutissant en arrière du scro-

tum à la ligne médiane sera prolongée par une incision médiane aboutissant à deux centimètres environ en avant de l'anus.

1. Incision de la peau, du tissu cellulaire, relèvement de lambeaux cutanés : un supérieur au-dessus de l'incision médiane et deux latéraux en dehors des incisions latérales.

2. Ablation des ganglions en bloc en écartant les lambeaux latéraux décollés.

3. Ligature et section des deux cordons au ras du canal inguinal.

4. Libération de la verge. La verge sera alors libérée de ses attaches suspubiennes et pubiennes. On aura soin en particulier d'enlever les attaches des corps caverneux à la branche descendante du pubis. La libération de l'urètre sera faite aussi loin que possible en arrière jusqu'au niveau de l'aponévrose moyenne.

5. Ablation des parties à supprimer : l'urètre sera alors sectionné au niveau de la région bulbaire, et tous les tissus qui rattachent encore au bassin la verge, le scrotum et les testicules, seront sectionnés de façon à enlever en bloc toute cette masse comprenant encore les ganglions que l'on vient de disséquer.

6. Abouchement de l'urètre à la peau : L'urètre que l'on a sectionné au niveau de la région bulbaire sera abouché à la plaie périnéale. Au devant de cet abouchement on rapprochera les lambeaux latéraux que l'on a disséqués au début et l'on terminera par la suture de la plaie supérieure transversale. Le malade urinera définitivement par le périnée. Sonde à

demeure pendant la cicatrisation. On tiendra les plaies aussi propres que possible (*Manuel de Technique chirurgicale*, Marion).

Dans tous les cas de cancer de la verge, que l'on soit amené à pratiquer une amputation partielle, une amputation totale ou l'émasculation totale, il est indiqué de procéder à l'évidement ganglionnaire des régions inguinales.

Faudra-t-il faire cette ablation ganglionnaire dans la même séance que l'amputation de la verge, ou opérer en deux temps? A cause du choc opératoire produit par cette intervention plus complète, Le Grand propose de faire l'opération en deux temps; il conseille dans un premier temps « de pratiquer l'amputation de la verge et une biopsie ganglionnaire; on serait alors fixé sur l'utilité du second temps ganglionnaire ». Certains auteurs, en effet, pensent que la biopsie ganglionnaire permet de savoir si en présence d'une adénopathie inguinale concomitante à un cancer de la verge, on a affaire à une dégénérescence épithéliomateuse ou à une simple réaction inflammatoire. D'autres auteurs, par contre, ayant trouvé à côté de ganglions inflammatoires des ganglions cancéreux, sont d'avis de procéder systématiquement à leur exérèse. Si l'état général des malades le permet il y aura avantage à opérer en un seul temps.

Si on se trouve en présence d'une adénopathie inguinale unilatérale, devra-t-on se contenter de faire l'exérèse des seuls ganglions tuméfiés? Asmus, dans sa thèse (Paris, 1927), cite l'observation de Jahn qui

constate à la suite d'un curage ganglionnaire unilatéral l'apparition chez son malade d'une récurrence du côté opposé. Ce fait, quoiqu'unique, suffit à montrer la nécessité de l'évidement ganglionnaire bilatéral.

La technique suivante pourra être pratiquée : Incision cutanée parallèle à l'arcade crurale si l'adénopathie est peu volumineuse; excision d'un lambeau cutané ovalaire à grand axe orienté dans le sens de l'arcade si les ganglions sont très tuméfiés; on procédera ensuite à l'évidement complet de aines en enlevant dans une seule masse les ganglions et la gangue cellulo-graisseuse qui les entoure. L'ablation comprendra les ganglions superficiels et profonds des différents groupes.

Mauclaire conseille « d'enlever de bonne heure en bloc la tumeur pénienne et le territoire lymphatique régional bilatéral par un évidement méthodique des deux régions inguino-crurales. L'exérèse est très large; on a ainsi des chances de dépasser le territoire infecté et d'éviter les greffes opératoires ».

Faudra-t-il drainer? Oui. Les ganglions inguinaux sont presque toujours infectés par des microbes aérobies et anaérobies venus de l'ulcération néoplasique et la suppuration des plaies ganglionnaires opératoires très fréquentes et qui peut être le point de départ de complications locales (lymphangite, abcès, etc.) ou de généralisation septicémique prouve la nécessité du drainage. Ce drainage sera réalisé par des faisceaux de crins, ou, en cas de suppuration abondante secondaire, par des drains de caoutchouc.

On terminera par la suture des téguments.

CHAPITRE V

INDICATIONS ET TECHNIQUE DU TRAITEMENT CURIETHERAPIQUE

1. Lésions de la face dorsale : Ulcération limitée de dix à quinze millimètres de diamètre — en général, région balano-préputiale :

Radiumpuncture parallèle au grand axe de la verge, avec des aiguilles dix microcuries, c'est-à-dire chargées de 1 mgr. 33 de radium élément, et filtrées sur 0 mm. 5 de platine. Destruction : 2 millicuries par foyer, soit en moyenne 9 jours d'application. Anesthésie générale.

2. Cancer étendu à tout le gland.

Radiumpuncture parallèle au grand axe de la verge. Le nombre des foyers radifères (toujours aiguilles 10 microcuries) proportionnel à l'étendue de la lésion. Il faut largement dépasser la lésion à la partie supérieure de la verge au niveau des corps caverneux.

A ce niveau, radiumpuncture perpendiculaire au grand axe de la verge.

Ménager avec soin le canal urétral, et, pour éviter tout déplacement de pansement pendant l'application qui dure 9 à 10 jours, introduction d'une sonde de Pezzer à demeure.

La lésion guérit par ce procédé en deux mois environ.

3. Adénopathies inguinales uni- ou bilatérales.

Nécessité d'en prévenir l'apparition ou d'en traiter l'existence par l'application de plaques de Pâte Columbia épaisses de trois centimètres et garnies de tubes de cinquante microcuries filtrées sur un millimètre de platine, de façon à détruire à ce niveau un millicurie par centimètre carré de surface.

Le temps nécessaire pour distribuer cette dose s'étale sur deux semaines environ, un peu plus de 300 heures.

Si l'on néglige le traitement des adénopathies on s'expose à leur développement, à la cancérisation totale des ganglions infiltrés de néoplasme et à l'ulcération de la peau, propagation et métastase suivant la distribution anatomique des lymphatiques.

Proportion des cas traités : environ un cancer de la verge pour 275 de cancer de l'utérus.

CHAPITRE VI

RESULTATS DU TRAITEMENT OPERATOIRE

Nous avons recueilli un certain nombre d'observations de cancer de la verge; notre choix très limité et très restreint ne nous permet pas de donner des statistiques personnelles et de porter un jugement sur les résultats du traitement opératoire mais seulement de formuler quelques impressions. Nous relaterons quelques observations déjà anciennes, certaines toutefois, publiées depuis quelques années seulement auxquelles nous joindrons celles inédites qu'a bien voulu nous communiquer Monsieur le Professeur agrégé Lenormant. En ce qui concerne ces dernières, nous n'avons pu, malheureusement, sauf dans deux cas, obtenir de précisions sur les suites éloignées. Nous avons eu de bonnes nouvelles d'un malade (obs. n° 6 du docteur Lenormant) opéré il y a 5 ans d'amputation totale de la verge avec évidemment ganglionnaire bilatéral. Il ne présente actuellement aucune trace de récurrence. Au sujet d'un autre malade (obs. n° 9) nous avons appris sa mort par suite d'une affection intercurrente un an après l'opération; six mois après cette intervention, il avait présenté une récurrence locale (cancroïde du prépuce). Trois malades sont décédés à l'hôpital même par suite d'hémorragies secondaires ou d'infection. Deux malades sont morts chez eux et nous n'avons

pu obtenir aucun renseignement précis sur les circonstances. Nous avons pu observer un malade, enfin, opéré le 7 avril 1927 à la Pitié où il est encore en traitement. Le malade amputé de la verge achève de guérir une de ses plaies inguino-crurales qui avait suppuré.

Les diverses observations dont nous avons pris connaissance d'une façon générale, celles que nous avons relatées en particulier, nous laissent l'impression que les cancers de la verge, s'ils ne constituent pas les plus mauvaises localisations néoplasiques, ont toutefois un pronostic grave. En dehors de quelques cas favorables de survie de plusieurs années (obs. I, VIII, XI), nous observons des récidives (obs. II, IV, XII) même après ablations ganglionnaires larges.

Le pronostic est assombri au point de vue des suites opératoires par la fréquence des complications infectieuses ayant leur point de départ au niveau des plaies ganglionnaires.

Au moment où nous allons porter notre travail à l'impression nous avons eu connaissance de la Thèse d'Asmus à qui nous emprunterons quelques chiffres au sujet des suites opératoires.

SUITES IMMÉDIATES.

Il existe environ 5 p. c. de décès consécutifs à l'opération. L'infection doit être incriminée dans la plupart des cas et se manifeste sous forme de septicémie surtout d'infection urinaire ou de localisations pulmonaires (pneumonies, œdèmes des poumons).

SUITES ÉLOIGNÉES.

Les récidives lorsqu'elles surviennent se localisent plus volontiers dans les ganglions du territoire lymphatique que sur place; elles se produisent plus souvent au cours de la première année ou même des premiers mois qu'au cours des années qui suivent, de sorte qu'au bout de trois ans de non récidive l'épithélioma de la verge peut être considéré comme guéri.

Nous laissons de côté la question des résultats de l'émasculatation totale, opération qui ne se pratique plus que dans les cas où le cancer a déjà envahi le scrotum, les testicules.

En ce qui concerne l'amputation de la verge, plus ou moins étendue, voici les résultats comparés de l'amputation simple de celle qui est suivie d'évidement ganglionnaire : Asmus, au cours de l'étude qu'il a fait de 60 cas d'amputation simple et 101 cas d'amputation avec curage ganglionnaire trouve, pendant la première année 72 p. c. de récidives après l'amputation accompagnée de curage ganglionnaire et 70,8 p. c. après la simple amputation; donc, résultats sensiblement comparables.

Au cours des deuxième et troisième années il trouve 37 p. c. de récidive en cas d'amputation avec curage et 57 p. c. pour l'amputation simple. La différence est encore plus sensible au cours de la troisième année : on en compte plus que 2 p. c. de récidive après l'opération complète contre 13,6 p. c. encore après la simple amputation.

Auparavant une statistique avait relevé 30 p. c. de cas de non récurrence après 4 ans, à la suite de l'amputation complète de la verge avec évidemment ganglionnaire (Lecène et Leriche: *Thérapeutique chirurgicale*).

Tous ces chiffres montrent éloquemment l'importance de l'évidement ganglionnaire dans le traitement du cancer de la verge.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Tedenat (Thèse Villa, Montpellier 1901).

Cancer en prépuce et du gland, ganglions bilatéraux, surtout dans l'aîne droite; âge 64 ans, début remonte à 5 mois.

Opération le 4 avril 1886 : amputation à la partie moyenne, ablation des ganglions inguinaux droits.

Guérison le 19 avril 1886. Résultat éloigné : survie d'au moins 2 ans.

OBSERVATION II. — Thèse Damond, Bordeaux, 1898.

Phimosis. Circoncision fait découvrir un épithélioma de la région balano-préputiale droite. Pas de ganglions. Etat général bon.

Age : 72 ans. Début : 4 mois.

Opération le 10 mai 1896 : amputation partielle de la verge.

Examen histologique : épithélioma pavimenteux lobulé.

Résultats immédiats : cicatrisation après une double orchite survenue au 10^e jour et ayant duré 3 semaines.

Résultats éloignés : novembre 1896 : dans l'aîne gauche, ganglions volumineux; 15 décembre 1896 : ablation des ganglions gauches; février 1897 : nouvelle tuméfaction dans l'aîne gauche, ulcération. Le malade refuse l'opération; le 20 novembre 1897 mort dans la cachexie.

OBSERVATION III. — H. Morestin (« Bull. Soc. Anat. Paris », 1903, p. 517).

Cancer à début dans le sillon balano-préputial; variation du gland et du prépuce; pas de ganglions perceptibles.

Age : 66 ans. Début : 4-5 mois.

Opération le 9 mars 1903 : amputation de la verge, à un travers de doigt en arrière du gland; évidemment des deux aînes.

Examen histologique : épithélioma pavimenteux lobulé.

Guérison opératoire après un peu de suppuration dans les aines.

OBSERVATION IV. — Lecène (« Ann. des maladies des organes genito-urinaires », 1906).

Homme âgé de 48 ans.

En avril 1902 : ulcération du méat.

Le 9 octobre 1903 : ablation partielle, accidents urinaires infectieux, guérison.

En juin 1904 : réapparition des troubles urinaires et de l'ulcération. Dermite du gland consécutive à rayons X.

Le 26 avril 1905 : gland complètement infiltré.

Un ganglion dur dans l'aine droite.

[Récidive : 18 mois après la première opération.]

Le 28 avril 1905 : amputation basse de la verge, laissant environ 2 cm.

Examen histologique : épithélioma pavimenteux lobulé sans globes cornés. Pas de généralisation épithéliomateuse dans les ganglions.

OBSERVATION V. — Tédénat, Thèse Villa (Montpellier, 1901).

Cancer envahissant totalement la verge. Pas de ganglions.

Age : 52 ans. Début : 1 an.

Opération le 28 avril 1884 : amputation totale de la verge avec ablation des corps caverneux, sans ablation des testicules.

Guérison le 21 mai 1884.

Résultats éloignés : le malade meurt 15 ans après, en mars 1899, sans récidive, mais avec rétention d'urine et infection.

OBSERVATION VI. — Oraison (« Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux », 1903, pp. 13-57).

Homme de 62 ans. Début : il y a 15 ans.

En avril 1902 : cancer de toute la partie dorsale de la verge avec ulcération. Pas de ganglions.

Novembre 1902 : verge envahie complètement. Ganglions inguinaux volumineux.

Opération le 10 novembre : extirpation totale.

Examen histologique : épithélioma papillaire (dégénérescence épithéliomateuse d'un papillome).

Guérison après suites opératoires longues et suppuration.

Résultat éloigné : mort un mois et demi après, avec accès de dyspnée et fièvre à 40°.

OBSERVATION VII. — Alexander (Ann. Surg. Phila., 1908).

M. S. Alexander présente un premier malade, un homme de 54 ans qui entre pour épithélioma du gland évoluant depuis 13 mois et envahissant la moitié de l'organe. Ganglions indurés du triangle de Scarpa. Diagnostic de néoplasme confirmé par biopsie.

Opération : amputation de la moitié du pénis, curage des deux aines. Les ganglions enlevés, examinés microscopiquement, ne montrent aucune dégénérescence maligne.

Il présente un deuxième malade de 47 ans entré en janvier 1908 avec un pénis tuméfié et un phimosis congénital. Six mois auparavant il s'était aperçu de la présence dans l'aine droit d'une tuméfaction qui augmentait de volume. Plus tard la verge grossit et un écoulement abondant et fétide s'échappa par l'orifice étroit du prépuce.

Dans les deux triangles de Scarpa l'examen permettait de constater des masses ganglionnaires qui, même, étaient fluctuantes à droite. Une biopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer balano-prépuce à marche rapide.

Alexander procède à l'émasculation totale avec curage des deux plis de l'aine. Le malade sort guéri en avril. Il urine facilement et son état général est considérablement amélioré.

OBSERVATION VIII. — Charles et Gibson. (Ann. Surg. Phila., 1912, LVI, p. 471).

Malade de 27 ans ayant été opéré en août 1906 pour cancer de la verge, apparu peu de temps après circoncision.

L'opération avait consisté en une ablation en bloc des ganglions des deux plis de l'aine, de la totalité de la verge à la racine des corps caverneux. Le nouveau méat correspond à la face antérieure du scrotum.

Le sujet est actuellement six ans après) indemne de toute récurrence.

L'examen histologique avait montré qu'il s'agissait de carcinome. Les ganglions étaient normaux.

OBSERVATION IX. — Gayet (« Lyon médical », 1913, pp. 464-465.)

Homme de 57 ans atteint de cancer de la verge. L'auteur a pratiqué l'amputation totale de la verge y compris les corps caverneux qu'il avait détaché à la rugine avec exérèse ganglionnaire en laissant les testicules. Suture et drainage des deux triangles de Scarpa. Suites opératoires simples. Bonne cicatrisation. Cependant un peu d'irritation cutanée du scrotum.

OBSERVATION X. — Rivet (« Gazette médicale de Nantes », 1914, 2^e s., XXXII, 368-370).

Homme de 50 ans, atteint d'une énorme ulcération bourgeonnante des organes génitaux, qui avait débuté sur la face inférieure du pénis. Seule l'émasculatation totale offrait les avantages d'une vraie cure radicale. Elle fut pratiquée sans incident et on termina par un curage ganglionnaire des deux aines. L'opéré a ainsi les plus grandes chances de survie.

OBSERVATION XI. — Jacob (« Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris », 1912, n. s., XXXIII, 456).

Malade de 32 ans, chez qui l'auteur a pratiqué quatre ans

auparavant l'amputation partielle de la verge pour un épithélioma pavimenteux typique à globes épidermiques.

L'amputation a porté à trois centimètres en arrière du gland et a enlevé un segment de verge de 6 centimètres de long environ; elle a été suivie de l'évidement ganglionnaire complet des deux aines et des deux fosses iliaques externes.

M. Jacob signale l'intérêt de cette observation en raison de l'âge du malade et de la guérison persistante avec bon résultat.

OBSERVATION XII. — Lepoutre (de Lille). « Paris Chirurgical », 1912.

Cancer très étendu de la verge. Emasculation totale avec curage des aines.

Le malade, âgé de 55 ans, avait vu se produire, deux ans auparavant, une petite tumeur grosse comme un haricot, à cheval sur le gland et le prépuce.

Malgré tous les traitements, excision réduite, cautérisation, radiothérapie, la tumeur augmente et devient semblable à un petit chou-fleur. Le traitement qu'emploie un pharmacien (poudre caustique) n'a pour effet que de réduire la longueur de la verge. Un abcès périnéal survient qui décide enfin le malade à consulter un chirurgien. En octobre 1911 la verge se trouve réduite à une petite éminence de un centimètre de haut, située au-devant du pubis et couronnée de multiples petits bourgeons, sécrétant une sérosité roussâtre et saignant au moindre contact. A la partie inférieure et médiane de cette surface on devine l'orifice par où s'écoulent les urines. Les corps caverneux et les bourses renferment des noyaux indurés néoplasiques; la peau des bourses est œdématisée et il existe de gros paquets ganglionnaires inguinaux durs et indolores. Somme toute, cancer de la verge très avancé avec extension aux bourses et aux ganglions inguinaux.

L'état général permettant une exérèse large et le malade acceptant de la subir, l'opération est pratiquée par le docteur Lepoutre le 18 octobre 1921.

L'intervention débute par une large incision supérieure curviligne dont les extrémités permettent le curage des aines. Puis deux incisions symétriques verticales, passant à un travers de doigt en dedans du pli génito-crural, vont se réunir en V à un centimètre en arrière du bulbe. Les ganglions inguinaux sont enlevés en un seul bloc avec la graisse et le tissu cellulaire qui les entoure. Du côté droit l'opérateur est réduit à réséquer une partie de la saphène interne près de son embouchure, afin de pouvoir extirper un groupe volumineux de ganglions profonds. La veine fémorale est quelque peu dénudée. Puis la verge et les corps caverneux sont détachés de haut en bas en rasant le pubis et les branches ischio-pubiennes. L'urètre et son corps spongieux sont sectionnés à un centimètre en avant de l'aponévrose moyenne du périnée. La plaie est réunie, suivant la technique classique, en forme de T avec un drain dans chaque creux inguino-crural. Puis l'urètre est suturé dans l'angle inférieur de la plaie et sa face inférieure est sectionnée de façon à élargir ce nouveau méat. Les suites opératoires sont apyrétiques, mais la plaie se désunit dans presque toute son étendue, de sorte que le nouveau méat est inclus dans une zone cicatricielle. Malgré cela, le malade urine aisément en position accroupie. Guérison opératoire et retour à un état général satisfaisant.

[En mai 1912 (sept mois après), récurrence amenant la cachexie avec une mort rapide.]

OBSERVATION XIII. — Genouville (« Paris chirurgical », 1912).

Malade atteint de cancer de la verge ayant perdu 18 mois en traitement inutile.

Opéré en mai 1907 : amputation de la verge et curage des aines; on enlève 5 ou 6 ganglions dont l'examen histologique révèle la dégénérescence cancéreuse. Le malade, dans les premiers mois qui suivirent l'opération, eut des menaces de récurrences à deux reprises : juillet 1907 et octobre 1902 apparition

de petites excroissances sur les lèvres du méat, enlevées par excision cunéiforme.

Le malade est indemne de récidence quatre ans et trois mois après toute intervention.

OBSERVATIONS INEDITES,

communiquées par M. le Docteur Lenormant.

OBSERVATION N° 1.

C... Ed., 42 ans, entré à l'hôpital St-Louis le 29 août 1906.

Cet homme présentait une tumeur de la verge. Le début remonte à cinq mois, caractérisé par l'apparition d'une ulcération sur le gland. Le traitement qu'il reçoit dans une pharmacie, pour une syphilis possible, produit une aggravation rapide. A l'examen, le malade présentait un énorme chou-fleur végétant, saignant et en partie sphacélé, gros comme deux poings et représentant le gland et la moitié antérieure de la verge. La moitié postérieure paraît saine. Dans les aines, gros ganglions durs. Le malade est amaigri avec un teint jaune paille, en état de cachexie commençante. Pas de troubles de la miction.

Opération le 26 août : anesthésie à l'éther.

1° Amputation de la verge à 10 ou 12 millimètres en avant du pubis. Technique classique. Suture de l'albuginée des corps caverneux. L'orifice urétral est fendu et suturé à la peau. Sonde à demeure.

2° Curage des deux aines. Des deux côtés on enlève de gros ganglions moulus appartenant aux groupes supérieurs des ganglions superficiels. Drainage et suture.

Suites opératoires : Les drains sont enlevés au 3^e jour; la sonde changée le 29 août et on enlève les fils de la suture urétrale. Ablation définitive de la sonde le 31 août, des fils le 2 septembre. Un peu de suppuration des plaies inguinales.

Les ganglions étaient inflammatoires et non néoplasiques d'après l'examen histologique.

Le malade sort guéri le 15 septembre.

Nous n'avons pu obtenir de renseignements à son sujet.

OBSERVATION N° 2.

(Communiquée par M. le Docteur Lenormant).

M. P., 59 ans, entre à l'hôpital St-Louis le 13 février 1919 pour épithélioma de la verge.

Opération le 4 mars. Opérateur : Dr Lenormant.

aide : M. Fournier.

anesth. : M. Simon.

1° Curage des deux triangles de Scarpa. Ablation en masse des ganglions et de la graisse.

2° Amputation de la verge à l'union du 1/3 postérieurs et des 2/3 antérieurs.

Nous n'avons pas eu de renseignements au sujet de ce malade depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION N° 3.

(Communiquée par le Docteur Lenormant.)

M. M. Ed., 72 ans, entre à l'hôpital St-Louis le 25 mars 1919 pour épithélioma de la verge.

Opération le 29 mars 1919. Opérateur : M. Lenormant.

aide : M. Moulonguet

anesth. : M. Simon.

1° Curage des deux plis inguinaux sans descendre jusqu'à l'embouchure de la saphène : à gauche, par une simple incision parallèle à l'arcade aurale, à droite où il existe des ganglions plus nettement augmentés de volume ou excise un

lambeau cutané ovale orienté dans le sens de l'arcade. Suture et drainage des deux côtés.

2° Amputation de la verge suivant la technique classique à la partie moyenne de l'organe.

Le malade sort de l'hôpital le 7 mai 1919.

Depuis il est décédé (lettre retournée portant la mention : décédé), date et circonstances inconnues.

OBSERVATION N° 4.

(Communiquée par Monsieur le Docteur Lenormant.)

Monsieur R. Dominique, 40 ans, entre à l'hôpital le 15 juillet 1919.

Antécédents : Marié. Pas d'enfants.

Phimosi incomplet. Soigné pour balanite quand il était au régiment.

Blénnorrhagie le 20 juillet 1918.

Histoire de la maladie : Un mois après cette blénnorrhagie apparaît au niveau du sillon balano-préputial une petite formation arrondie : « une boule », dit le malade, rouge et dure. Evacué sur un centre vénérien où l'on diagnostique un chancre induré. Le W n'est pas fait mais le malade est néanmoins traité pour syphilis (15 piqûres de cyanure, 6 de néosalvarsan). Au bout de cette série de piqûres la boule était restée de même volume qu'au début. On la détruit alors au thermocautère. Alors apparaissent au niveau de la plaie ainsi formée des végétations qui s'étendent de plus en plus.

En mars apparaissent des douleurs peu intenses mais continues. En même temps le malade s'aperçoit d'une adénopathie inguinale gauche. L'adénopathie droite n'est apparue que plus tard. Les végétations grossissent, s'étendent vers le gland et vers le prépuce; Suintement.

En mai, le malade vient à St-Louis, où on diagnostique la syphilis. Le malade est traité pour syphilis, mais sans modifications favorables.

Vers la fin de juin le ganglions de gauche commencent à suppurer; il retourne à St-Louis, où une biopsie est faite.

A l'examen, état général bon. — L'amaigrissement n'est pas marqué. Le malade dit d'ailleurs avoir très maigri. Localement on constate l'existence d'un champignon végétant, ulcéré, suintant, exhalant l'odeur spécifique des néoplasmes, ayant envahi toute la face latérale droite du gland, empiétant sur le prépuce.

Adénite inguinale bilatérale, mais prédominant à gauche où il existe même de la suppuration.

Opération le 18 juillet 1919. Opérateur : Dr Lencermant.

aide : M. Moulonguet.

anesth. : M. Cromeayer.

1° Evidement de l'aine gauche (côté ulcéré).

La masse ganglionnaire entourant intimement la veine fémorale sur laquelle on place une ligature, s'enfonce profondément à la partie interne de l'anneau crural. Outre le ganglion principal, il existe plusieurs ganglions envahis de volume moyen qui sont enlevés avec lui.

Suture par un surjet de soie. Drainage aux crins.

2° Côté droit. — Extirpation de la masse ganglionnaire qui plonge également jusqu'à la partie interne de l'anneau crural et qui englobe complètement la saphène interne à son embouchure; surjet sur la peau, drainage aux crins.

3° Amputation de la verge à la partie moyenne. Incision cutanée en raquette, suture des corps caverneux. Fixation de l'urètre à l'angle moyen de l'incision cutanée.

Suites immédiates :

Le 22 juillet 1919 hémorragie secondaire. Ligature de la crosse de la saphène interne.

Le 31 juillet : Hémorragie. Ligature de la fémorale; un catgut sur le bout inférieur et des pincés à demeure sur le bout supérieur.

Le 3 août : Abscess gazeux, limité au scrotum, développé aux

dépens d'un hématome qui avait diffusé le 22 juillet. Grandes incisions. Drainage.

Le 11 août : Nouvelle hémorragie : ligature de l'iliaque externe. Un catgut sur le bout supérieur ; un catgut sur le bout inférieur au-dessus de la bifurcation de la fémorale. Ligature de la veine fémorale. Gangrène. Amputation de la jambe le lendemain.

Mort le 13 août 1919.

OBSERVATION N° 5.

(Communiquée par Monsieur le Docteur Lenormant.)

M. D..., Jean, 66 ans, entre à l'hôpital le 7 mai 1921 pour néoplasme de la verge. — Adénopathies bilatérales (ganglions assez mobiles) mais très mauvais état général, arythmie.

Opéré le 21 mai 1921. Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Amputation de la verge à sa racine ; suture ; points en collerette cutanéomuqueux. Examen de la pièce : à la section on observe une infiltration massive de tout le gland avec propagation au prépuce. Les lésions ont dépassé de un centimètre la racine de la verge. Opérateur : Docteur Moure.

Le malade est mort le 19 juin 1921.

OBSERVATION N° 6.

(Communiquée par Monsieur le Docteur Lenormant.)

Monsieur C..., Michel, entré le 20 mars 1922 pour tumeur de la verge.

À l'examen on constate l'existence d'un gros chou-fleur épithéliomateux recouvrant le gland et le prépuce.

Ganglions douteux à gauche. Rien à droite.

Opération le 28 mars. Anesthésie au chloroforme.

1° Amputation de la verge à la racine. Suture des corps caverneux au catgut, de la peau aux crins. Fixation de l'urètre préalablement fendu sur la ligne médiane à l'angle infé-

rieur de la plaie par une couronne de catgut. Pas de sonde à demeure.

2^e Evidement ganglionnaire de l'aîne gauche : les ganglions paraissent normaux ; hémostase.

Par suite du glissement d'une ligature, il se produit une grosse hémorragie veineuse qui oblige à lier la veine fémorale. Surjet de soie sur la peau. Drainage.

Le malade sort guéri de l'hôpital le 13 mai 1922.

Nous nous sommes informés de l'état actuel de cet homme ; ayant pu nous procurer son adresse, nous sommes allés le voir à domicile et nous avons constaté son parfait état de guérison depuis 5 ans. Bon résultat fonctionnel ; aucun trouble de la miction ; aucune irritation cutanée de la peau du scrotum.

A la palpation, scrotum et testicules normaux.

Cicatrices inguinales souples. Aucune menace actuelle de métastase ganglionnaire. Le malade, très satisfait de son état, continue sans aucune gêne son métier de terrassier.

OBSERVATION N° 7.

(Communiquée par Monsieur le Docteur Lenormant.)

Monsieur G..., *Léonard*, 87 ans.

Epithélioma du gland, forme végétante. Adénopathie inguinale bilatérale.

Opéré le 5 novembre 1923. En raison de l'âge du malade on se contente de faire l'amputation de la verge en tissu sain sans toucher aux ganglions. Ligature et suture des corps caverneux au catgut ; suture à la peau de l'urètre, dont on a fendu la paroi inférieure sur une longueur de cinq millimètres.

Malade décédé, nous ignorons dans quelle circonstance et à quelle époque.

OBSERVATION N° 8.

(Communiquée par Monsieur le Docteur Lenormant.)

M. T..., 52 ans, entra à l'hôpital le 20 novembre 1924.

Le malade présente une tumeur du gland avec ulcération suppurante de la face inférieure du sillon balano-préputial.

L'existence d'un phimosis serré empêche de découvrir le gland et de voir la tumeur. Il semble néanmoins vraisemblable qu'il s'agit d'un épithélioma. Il existe de petits ganglions durs dans les deux aines.

Opération le 25 novembre. Anesthésie au chloroforme.

Débridement de la partie supérieure du prépuce pour examiner les parties sous-jacentes. Il s'agit bien d'un volumineux épithélioma végétant. Amputation de la verge à trois centimètres environ en avant du pubis. Débridement longitudinal sur la paroi inférieure de l'urètre et fixation du bord urétral à la peau par une couronne de points de soie. Les autres sutures aux crins de Florence et au catgut.

Mort le 18 décembre 1924.

OBSERVATION N° 9.

(Communiquée par Monsieur le Docteur Lenormant.)

M. P..., Charles, 77 ans, entre à l'hôpital le 12 mars 1925 pour tumeur du prépuce.

A l'examen on se trouve en présence d'une tumeur végétante, grosse comme un petit haricot siégeant sur le bord libre du prépuce au niveau de la face dorsale du gland. Celui-ci est intact. La tumeur d'aspect papillonneux saigne au contact; ganglions volumineux des deux côtés.

Opération le 12 mars 1925. Anesthésie locale à la novocaïne. Ablation de la tumeur en sectionnant dans le sillon balano-préputial. Réunion des bords de la plaie par un surjet de catgut.

Suites. Le malade sort guéri ;

en octobre 1925 (6 mois après) : Récidive locale ;
janvier 1926 : Le malade meurt d'une affection intercurrente
(congestion pulmonaire).

OBSERVATION N° 10

*recueillie dans le Service de Monsieur le Docteur Lenormant
à l'hôpital de la Pitié. (Malade en traitement).*

M. B..., Ed., 62 ans, ancien mécanicien des chemins de fer
entre à l'hôpital le 4 avril 1927 pour tumeur du sillon balano-
préputial.

Antécédents héréditaires : Père mort à 76 ans (cancer?) Mère
morte à 49 ans de congestion pulmonaire (ancienne bronchiti-
que, emphysémateuse). Le malade a une sœur de 76 ans héli-
plégique ; un frère, âgé de 53 ans, bien portant.

Marié lui-même, il a eu deux enfants : un fils, âgé actuel-
lement de 32 ans ; une fille de 29 ans, tous deux également
mariés et bien portants. Il avait eu auparavant un premier
enfant, mort à 13 mois de choléra infantile, qui présentait,
paraît-il, une difformité crânienne, malformation que le
malade met sur le compte d'une hérédité syphilitique pos-
sible. Il avait eu, cinq ans avant, un chancre induré.

Antécédent personnel :

Pas de maladies avant le service militaire. A 24 ans chancre
induré de la verge, situé à la face inférieure, au niveau du
sillon balano-préputial près du frein.

Traité seulement par les pilules mercurielles, il présente
ensuite quelques accidents secondaires (roseole ?, angine,
céphalées, pas de chute de cheveux).

Pas d'antécédents blennorragiques.

Il y a 4 ans, le malade présente au niveau du bord droit
de la langue une plaque de bucoplasie suspecte mais sans
adénopathie. Le docteur Thierry en fit l'exérèse.

La guérison s'est maintenue.

Il y a 3 ans, à la suite de douleurs au niveau des membres

inférieurs avec faiblesse musculaire, on lui commença un traitement anti-syphilitique (plusieurs séries de néo-salvarsan) qu'il a continué depuis. D'après le malade on ne lui aurait pas fait de réaction de B-Wassermann. L'an dernier, il présentait des troubles de l'odorat (presque supprimé pendant deux mois) et de l'audition (surdité bilatérale), presque complète pendant deux mois. Actuellement aucun trouble sensoriel. Maladie actuelle : Vers le 10 mars dernier, le malade commença à souffrir de douleurs au niveau de la région balano-préputiale, avec réaction inflammatoire, tuméfaction, avec écoulement purulent fétide, parfois un peu sanguinolent par l'orifice préputial. Dès lors le malade ne peut plus découvrir le gland. Les mictions cependant restent faciles et non douloureuses. Il consulte un médecin, qui lui prescrit des bains tièdes de la verge et des lavages avec la liqueur de Van Swieten. Ce traitement, n'ayant pas donné de résultat au bout de trois semaines, le malade entre à l'hôpital le 4 avril.

On découvre à l'examen un épithélioma ulcéré du sillon balano-préputial, ayant envahi les corps caverneux. Petits ganglions durs dans les deux aines. Pas de retentissement sur l'état général, ni d'amaigrissement appréciable.

Opération le 7 avril. — Anesthésie au chloroforme.

1° Section médiane-dorsale du prépuce pour vérifier l'étendue de la lésion.

2° Curage ganglionnaire des aines qui renferment toutes deux des ganglions nombreux et augmentés de volume. Hémostase. Drains. Réunion cutanée par surjet de soie.

3° Amputation de la verge au ras du scrotum. Surjet de catgut sur les tranches des corps caverneux. Fixation de l'urètre à la peau après section de sa paroi inférieure. Suture du fourreau de la verge au catgut.

[Examen histologique du 30 avril : Laboratoire de Pathologie externe.]

Epithélioma non pas à globes cornés, type habituel des

cancers de la verge mais plutôt baso-cellulaire. Il s'agit probablement d'un épithélioma du type urinaire, développé aux dépens de l'urètre (méat).

Etat actuel (10 mai). La plaie urétrale est cicatrisée. La plaie inguinale est presque fermée à gauche. A gauche il y a eu suppuration prolongée qui tend à se tarir. Cependant cette plaie a été le point de départ d'une poussée lymphangitique avec abcès qui a dû être ouvert récemment.

La miction n'est pas douloureuse.

Les testicules sont normaux.

CONCLUSIONS

De cet essai sur le traitement des cancers de la verge nous pouvons conclure :

1° Le cancer de la verge est une affection grave dont le pronostic doit toujours être réservé, car les récidives sont toujours possibles même après les opérations larges.

2° Le traitement consistera dans la majorité des cas en une amputation plus ou moins étendue de la verge avec ablation systématique, autant que l'état du malade le permet, des ganglions inguino-cruraux.

Vu : Le Président,
LECÈNE.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — *Cancer du Pénis et Chaîne lymphatico-ganglionnaire secondaire*. (« Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon », 19 juin 1902.)
- ALEXANDER. — *Epithelioma of Penis; partial amputation of penis and lymph. nodes*. (« Ann. Surg. Phila. », 1908, XLVIII, 449.)
- ALGLAVE. — *Ablation en bloc d'un épithélioma du gland et du territoire lymphatique cutané et ganglionnaire correspondant. Reconstitution autoplastique d'un moignon pénien et d'un méat urinaire*. (« Bulletin de la Société anatomique de Paris », 6^e série, tome X, n° 3, mars 1909, pp. 109-169.)
- *Epithélioma du gland*, p. 322.
- *Epithélioma du gland*, 6^e série, tome XI, n° 5, mai 1909, pp. 275-322.
- ARNODS. — *Cancer du Pénis*. (« Deutsche medizinische Wochenschrift », tome LVI, n° 49, 11 mai 1909, p. 995.)
- ANGUS (W.-R.). — *Three cases of epithelioma of the Penis* (« Med. J. Australia, Sydney », an XI, nov. 24, II, 626.)
- ANNANDALE. — *Successful removal of the testicles, scrotum penis and suprapubic skin for epithelial cancer*. (« The Lancet », London, 1874.)
- ASMUS (V.). — *Résultat du traitement de l'épithélioma de la verge*. (Thèse de Paris, 1927.)
- BARRINGER (B.-S.) et DEAN (A.-L.). — *Epithélioma of the penis*. (J. urol. Balt. 1924, XI, 497-514.)
- BÉRARD et CHALIER. — *Epithélioma de la verge. Amputation totale du penis avec évidemment complet des deux aines (ablation en un seul bloc)*. (« Lyon médical », tome CXIII, n° 43 du 24 oct., pp. 700-709.)

- BICHAT. — *Emasculation totale pour cancer de la verge.* (« Revue médicale de l'Est », 1904, pp. 482-484.)
- BILHAUT. — *Deux cas d'amputation de la verge pour épithélioma.* (« Ann. de chirurgie et d'orthopédie », Paris, 1913, XXVI, pp. 161-171.)
- BOECKEL. — *Amputation totale de la verge.* « Deutsche medizinische Wochenschrift. T. XXXV, n° 46. 18 nov. 1909, pp. 2038-2039.
- BUTRUILLÉ. — *Epithélioma de la verge.* « Echo médical du Nord », Lille, 1905, p. 139.
- CARBONNELL, (M.) — *De l'émasculation totale et de ses indications dans le traitement du cancer de la verge.* (Th. de Montpellier, 1896).
- CHOLZOFF. — *Ueber Operationen beim diffusen Krebs des männlichen Gliedes.* (« Zeitschrift für Urologie », t. IV, n° 9, 1910.)
- CULTY. — (« Th. de Lyon », juillet 1908.) *Le traitement chirurgical de la verge et ses résultats.*
- CUMMINGHAM. — *The operative treatment of Carcinoma of the penis.* (« Surg. gynecolog & obst. », Chicago, 1914, XIX, 693-699).
- DAMOND. — *De l'épithélioma du pénis et de son ablation. Nouvelle méthode d'amputation* (« Thèse de Bordeaux », 1898.)
- DON. — *Cancer of the penis and its extirpation.* (Edimb. M. J., 1909, n.s. iii. 14-19.)
- DUCOS. — *Contribution à l'étude de l'épithélioma sébacé du pénis.* (« Thèse de Lyon », nov. 1904).
- DURAND et MONTEZ. — *Epithélioma de la verge. Exérèse sans émasculation.* (« Lyon médical », 1913, CXX, 671-673.)
- ENGLISCH, (J.). — *Das Peniscarcinom.* (« Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung », 1902, p. 163) ; « Wiener Medizinische Wochenschrift », 1902, 50-52).
- ENDERLEN. — *Cancer du Penis.* (« Münchener Medizinische Wochenschrift », t. LVI, n° 19, 11 mai 1909, p. 995.)

- GODLEWSKI (E.). — *Epithélioma de la verge*. (« Montpellier médical », 1905, pp. 19-22.)
- GRAVES. — *Cancer of the penis and extirpation of the organ with perineal transplantation of the urethra and report of a case*. (J. Mich. M. Soc., Détroit, 1910, IX, 443-445.)
- GARLAND SHERRILLS. — *Cancer du Pénis*. (« American Journal of Surgery », New-York, vol. XXXVIII, n° 2, février 1924.)
- GAYET. — *Cancer de la verge. Amputation totale, y compris les corps caverneux. Conservation des testicules*. (« Lyon médical », 1913, CXX, pp. 464-466.)
- HADDE (S.). — *Totale Emaskulation bei ausgedehn Peniscarcinom*. (« Arch. f. Klin. chir. », Berlin, 1921, CXVII, pp. 244-260.)
- HAMONIC (P.). — *Le Cancer du Pénis* (« Revue clinique d'andrologie et de gynécologie », Paris, 1903, pp. 353-364.)
- HERSMANS et LECLERC-DANDAY. — *Compte rendu de la Société Belge d'Urologie*, février 1904. (« Annales des maladies des organes génito-urinaires », 1905, p. 542.)
- HOWZE (C.-P.). — *Carcinoma of the Penis*. (Virginia M. Month. Richmond, 1924-25, LI, 550-553.)
- JAHN. — *Ueber Peniskarzionom*. (Dissert. de Leipzig, 1910.)
- JONNESCO. — *Emasculatation avec évidement du pelvis et des régions inguinales pour cancer du pénis*. (« Bulletins et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest », 14 janvier 1901, p. 200.)
- KEYSSER. — *Zür Radiumbehandlung des operablen Peniskarzinoms* (« München med. Wochenschr. », 1917, LXV, 468.)
- LECÈNE. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906.
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*.
- LAPOWSKI. — *Epithélioma meatus penis*. (« Arch. derm. and Syph. », Chicago, 1922, n. 1, VI, 96-98.)
- LE JEUNE. — *Sur 4 cas d'épithélioma de la verge*. (« Arch. de méd. et pharm. nouv. », Paris, 1924, CXIV, pp. 148-153.)
- LE DENTU et DELBET. — *Nouveau traité de chirurgie*, tome IX, 1900, pp. 777-784.

- LEPOUTRE. — *Cancer très étendu de la verge; émasculation totale avec curage des aînes*. (« Paris chirurgical », 1912, IV, pp. 26-32.)
- LEGUEU. — *Traité chirurgical d'Urologie*, 1921, tome II, p. 1338.
- LEGUEU et PAPIN. — *Précis d'Urologie*, 1921.
- MORESTIN. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 12 juillet 1901.
- *Cancer du Pénis*, 12 juillet 1901.
- *Cancer de la verge*, 1903, pp. 517-519.
- *Deux cas de cancer du Pénis*, 1903, pp. 387-390.
- *Cinq cas de cancer de la verge*, 1905, pp. 842-854.
- MC. KEIN (G.-F.) & SMITH (P.-G.). — *Carcinome of the penis*. (« Cincinnati M. Medical », 1925-26, VI, pp. 193-195.)
- MARION. — *Technique chirurgicale*, 1921.
- MASSEY (G.-B.). — *Cancer of the Penis*. (« Report of two cases am. J. Surg. », New-York, 1915, XXIX, 299.)
- MORTON. — *Carcinoma of the glands penis*. (« Med. Times », New-York, 194, XLII, 307-309.)
- MURPHY. — *Epithélioma of glands penis. Amputation*. (« Surg. clin. », Chicago, 1914, 945-950.)
- ORAISON. — *Amputation totale de verge*. (« Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux ».)
- PAGE. — *Deux cas d'épithélioma de la verge*. (« Médical Record », t. LXXV, n° 19, 8 mai 1909, pp. 824-826.)
- POTHERAT. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, n° 22, 28 juin 1910, pp. 764-767. — *Cancer de la verge. — Amputation totale du périnée périnéostomie urétrale. Guérison*.
- PANTALONI. — *Trois cas d'émasculation totale pour cancer de la verge*. (« Arch. prov. de chirurgie », 1898.)
- PELLANDA. — *Epithélioma de la verge. Emasculation totale*. (« Lyon médical », 1903, p. 171.)
- PICQUÉ (R.). — *Epithélioma du Pénis*. (« Bull. de la Soc. anat. de Paris », 1902, pp. 159-162.)

- PONCET. — *Enorme épithélioma sébacé du Pénis.* (« Lyon médical », 1904, p. 76.)
- RAUX. — *De l'émasculation totale dans le cancer de la verge.* (Thèse de Bordeaux, 1913.)
- RICHE. — *Cancer du Pénis. Emasculation totale.* (« Bulletin de la Société anatomique de Paris », 1906.)
- REYNES. — XXIII^e congrès de l'Association française de Chirurgie. Paris, 3-8 oct. 1910 : Nouvelle opération contre le cancer de la verge : déplacement trans-scroto-périnéal de la verge sans incision du scrotum ; uréthrostomie périnéale.
- SERRA. — *Contribution à l'étude de l'épithélioma de la verge et de son traitement, spécialement par l'émasculation totale.* (Thèse de Nancy, 1903.)
- VEYRAT (H.). — *Epithélioma de la verge.* (« Journal des sciences médicales de Lille », 23 juin 1906, pp. 596-598.)
- VILLA. — *Considérations générales sur l'épithélioma de la verge et son traitement chirurgical.* (Thèse de Montpellier, 1901)
-

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--

H111 Paris. These.
P232
v.7
1927

68994

Bes-Boi NAME

DATE DUE

